ESSAI

SUR

LA NÉVROPATHIE

CÉRÉBRO-CARDIAQUE

OU

Maladie de Krishaber

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)............ Doyen
FORGUE.................. Assesseur

PROFESSEURS

Clinique médicale..............................	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale...........................	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie............	GRYNFELTT).
— — M. Puech (ch. du cours).....	
Thérapeutique et matière médicale...	HAMELIN (✻).
Clinique médicale...............................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses......	MAIRET (✻).
Physique médicale...............................	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale...........................	FORGUE.
Clinique ophtalmologique........................	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie....................	VILLE.
Physiologie......................................	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne..............................	DUCAMP.
Anatomie...	GILIS.
Opérations et appareils.........................	ESTOR.
Microbiologie....................................	RODET.
Médecine légale et toxicologie..................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants...............	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène..	H. BERTIN-SAN[S]

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements...........................	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VEDEL, agrégé.
Pathologie externe......................	L. IMBERT, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. L. IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
de ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL
PUECH	VIRES	

M. H. GOT, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :
MM. GRASSET, *président.*
RODET.
RAUZIER.
GALAVIELLE.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertati[ons] qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'ent[end] leur donner ni approbation ni improbation.

ESSAI
SUR
LA NÉVROPATHIE
CÉRÉBRO-CARDIAQUE
OU
Maladie de Krishaber

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier
LE 24 AVRIL 1903

PAR

Paul-Émile-Henri-Eugène GRANIER
Né à Saint-Laurent-des-Nières (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER
IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI
(HAMELIN FRÈRES)

1903

A LA DOULOUREUSE MÉMOIRE DE MON FRÈRE

JEAN

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

E. GRANIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRASSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RODET

PROFESSEUR DE MICROBIOLOGIE
A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
DIRECTEUR DE L'INSTITUT BOUISSON-BERTRAND

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGE RAUZIER

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GALAVIELLE

A MON MEILLEUR AMI

LE DOCTEUR JULES FABRE

MÉDECIN DE LA COMPAGNIE DES MINES DE GRAISSESSAC

E. GRANIER.

Avant d'accomplir ce dernier acte de scolarité, il nous serait difficile de ne pas songer à ces parents et à cette sœur bien-aimés dont nous avons jusqu'à ce jour occupé tous les soins pour ainsi dire sans réserve.

Nous n'oublierons jamais que toute leur vie a été la plus haute expression de l'amour qu'ils nous ont porté, et nous sommes loin de nous dissimuler que nos efforts n'égaleront jamais une telle somme de bonté.

C'est à eux tout d'abord que nous dédions ce modeste travail. Puisse-t-il leur apporter un adoucissement à cette tristesse où nous tiennent de trop cruels souvenirs !

M. le professeur agrégé Rauzier, après nous avoir suggéré l'idée de cette thèse, nous a encore apporté le concours de sa bienveillante direction.

Qu'il soit assuré ici de nos remerciements les plus vifs en même temps que du souvenir profond que nous emporterons du Maître dont l'enseignement, aussi captivant que magistral, a contribué pour une grande part à notre éducation médicale.

M. le professeur Grasset a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Nous sentons vivement tout le poids

de l'honneur qui nous est fait en cette circonstance, et nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre gratitude.

Signalé dès le début de nos études à l'aimable attention de M. le professeur agrégé Galavieille, nous avons été de sa part l'objet de tant de marques de sympathie que nous n'essaierons pas de l'en remercier ici. Nous avons contracté envers lui une dette que nous n'acquitterons jamais.

M. le professeur Rodet a droit lui aussi à notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a permis l'accès de son laboratoire et dirigé dans certains travaux de microbiologie.

Merci enfin à tous ces amis que nous avons connus durant le cours de nos études, et au milieu desquels les années que nous avons passées nous apparaissent maintenant comme trop brèves.

Nous considérerons le souvenir de leurs agréables relations comme le plus puissant réconfort en face de l'inconnu qui nous attend au seuil de cette vie nouvelle où nous allons entrer.

ESSAI

SUR

LA NÉVROPATHIE

CÉRÉBRO-CARDIAQUE

OU

MALADIE DE KRISHABER

I

HISTORIQUE

Dans la séance du 6 mai 1872, Claude Bernard présentait à l'Académie des sciences, au nom du docteur Krishaber, un mémoire qui avait pour titre : « De la névropathie cérébro-cardiaque. »

Se basant sur un grand nombre d'observations qu'il avait recueillies, l'auteur élevait au rang d'une entité morbide une affection qui n'avait pas été décrite jusqu'à lui.

Le vertige, des palpitations survenant au moindre effort, des perversions sensorielles avec intégrité complète de l'intelligence, des troubles de la marche, l'absence du sommeil dans les formes graves, tels étaient les principaux traits de la maladie à laquelle Krishaber a donné son nom.

Il n'y a pas lieu d'être surpris que cette maladie à symptômes bien déterminés, mais caractérisée par l'absence de lésions organiques, soit restée si longtemps ignorée, ou rangée probablement dans le cadre d'affections plus variées.

Nombreuses sont, en effet, ces altérations fonctionnelles localisées à un ou plusieurs appareils et que l'on a qualifiées de « névroses locales, névrose respiratoire, névrose digestive », pour citer des exemples.

Décrites de tout temps et de toutes les façons, c'est depuis quelques années à peine que s'est établie la véritable conception qui tend à les faire considérer comme des états particuliers d'une forme plus générale « la neurasthénie ».

Avant les travaux de Beard et de Charcot, nous trouvons autant d'auteurs que de descriptions.

Hippocrate, d'après Levillain, aurait fait le premier le tableau d'une affection caractérisée par ces divers symptômes : l'insomnie, l'anxiété nerveuse, des troubles de la vue, des tintements d'oreille, des vertiges, des troubles digestifs, la céphalée, l'affaiblissement des sensations douloureuses disséminées, tableau qui rappelle assez bien la neurasthénie.

Galien crée l'hypochondrie et invoque dans la pathogénie de cet état l'action de l'atrabile sécrétée par le foie, l'estomac et l'intestin.

Van Helmont institue une théorie basée sur la relation de certaines affections à forme neurasthénique avec d'autres troubles organiques.

Pommes, en 1792, fait paraître son traité des « Affections vaporeuses » dans lequel il décrit certains troubles nerveux communs aux deux sexes.

D'autres créent ensuite la diathèse nerveuse.

Dans la première partie du XIXe siècle, apparaissent les écrits de Frank sur « l'irritation spinale », de Valleix sur

« la névralgie générale », de Monneret sur « l'hypéresthésie générale », et enfin de Bouchut sur le « nervosisme ».

Il faut arriver à Beard pour voir la neurasthénie dotée du vocable qui lui est restée depuis.

Sous le nom de neurasthénie (*nervous exhaustion*), le professeur de New-York décrit un épuisement du système nerveux dont il fait l'apanage des habitants du Nouveau Continent. La neurasthénie n'existerait pas en Europe, sauf quelques exceptions en France et en Allemagne.

Cette idée, émise pour la première fois en 1869, dans le *New-York medical Journal*, règnera dans la science par la publication du livre de Beard en 1878, jusqu'à ce que les théories de Charcot viennent la détrôner.

Voici en effet la conception que se fait de la neurasthénie le professeur de la Salpêtrière. Pour lui, le terme de maladie serait impropre dans l'espèce. La neurasthénie prise dans son acception la plus large n'est pas une véritable entité morbide. C'est un état ou mieux encore une réunion d'états qu'il faut savoir différencier les uns des autres si l'on veut éviter des mécomptes au point de vue de leur évolution et de leur pronostic. Ces états peuvent avoir une expression symptomatique commune. Mais des différences si grandes peuvent survenir dans leur évolution qu'il importe d'attribuer à chacun d'eux une signification particulière.

Deux sortes de neurasthénie apparaissent bien distinctes à Charcot, qui sépare nettement l'une de l'autre, celle qu'il a appelée la « neurasthénie vraie », et cette dernière autrement grave, la « neurasthénie constitutionnelle », dont le pronostic, dans certains milieux surtout, doit être très réservé.

Ainsi donc, si Beard a été le promoteur de la neurasthénie, le mérite d'avoir donné de cette affection une description précise revient tout entier à Charcot, qui a véritablement

résumé son caractère dans cette formule : « Il n'y a pas de neurasthénie, il n'y a que des états neurasthéniques. »

Il sera aisé aussi de comprendre maintenant comment nous pouvons englober la névropathie cérébro-cardiaque, au même titre que les névroses locales dans ces états particuliers dont Charcot a fait les diverses modalités de la neurasthénie. La maladie de Krishaber devient, de ce fait, une espèce neurasthénique.

A l'appui de quelques observations que nous avons recueillies, nous allons entrer dans quelques considérations touchant :

1° La symptomatologie ;
2° L'étiologie ;
3° La pathogénie ;
4° Le diagnostic différentiel ;
5° Le traitement.

II

SYMPTOMATOLOGIE

Quatre grands groupes de symptômes caractérisent la névropathie cérébro-cardiaque (Krishaber).

Ce sont :

1° Des troubles des sens ;
2° Des troubles de la locomotion ;
3° Des troubles de la circulation ;
4° Des symptômes secondaires.

Aux troubles sensoriels se rattachent des conceptions fausses ou perverties pouvant aller jusqu'à un état qui a beaucoup d'analogie avec l'ivresse alcoolique, mais qui n'est jamais le délire réel, le malade gardant toujours la faculté de corriger par le raisonnement les illusions qu'il subit. Un symptôme non moins constant avec les aberrations, c'est l'hyperesthésie des sens.

Les troubles de la locomotion consistent le plus souvent dans l'abolition du sentiment d'équilibre causée par des vertiges et des éblouissements. Il survient quelquefois de la paraplégie jusqu'à complète résolution des membres. D'autres fois il n'y a que de la parésie plus ou moins accusée, affectant presque tous les muscles du corps, et se traduisant par une sensation de lassitude et d'épuisement ; quelquefois encore il y a des impulsions volontaires, et le malade marche malgré

lui dans des directions déterminées. D'autres fois la démarche est seulement hésitante, incertaine, mais à peu près normale comme attitude. Dans d'autres cas enfin il y a excitation au lieu de paralysie, et les malades sont poussés à marcher comme mus par un ressort. Ces derniers troubles se succèdent souvent chez le malade dans le cours de l'affection.

Les troubles de la circulation consistent en une irritabilité telle du système vasculaire que le moindre mouvement, comme de se mettre debout étant assis, ou sur son séant étant couché, amène une augmentation du pouls de 20, 30 et même 40 pulsations. Il y a en outre de fréquentes et violentes palpitations. Elles sont spontanées ou provoquées par les causes les plus insignifiantes. En dehors des mouvements de contraction désordonnés du cœur, le pouls radial est petit, le plus souvent lent, mou, très dépressible. Il y a parfois cependant, au début surtout de la maladie, un ensemble de phénomènes simulant la fièvre tel que le frisson, suivi pendant un temps qui dépasse rarement une heure d'un pouls large et vibrant, mais qui n'augmente guère de fréquence. La température du corps, pendant cet accès, monte d'un demi-degré ; quelquefois, mais plus rarement, d'un degré. Ces accès, qui affectent un type presque périodique, cessent spontanément, et n'apparaissent du reste qu'au commencement de la maladie.

Quant aux symptômes secondaires, ils sont purement individuels et par conséquent variables. Il existe toujours une irritabilité excessive qui se traduit d'une façon différente suivant les individus. Pendant la période la plus intense, il survient des lipothymies. Quelquefois, mais rarement, il y a syncope avec perte de connaissance. A ces troubles s'ajoute toujours une sensation d'angoisse presque continue, allant parfois jusqu'à la douleur la plus vive, et affectant la forme de l'angine de poitrine.

L'invasion de la maladie est brusque et arrive avec une intensité extrême. C'est une véritable sidération du système nerveux dont le mode d'apparition est instantané. Les malades se souviennent pourtant, dans le cours de l'affection, d'avoir eu quelques avertissements qui avaient passé presque inaperçus, tant ils étaient peu prononcés. Les symptômes sont constants, mais avec des moments de recrudescence très accentués. Pendant toute la durée de la maladie, il n'y a jamais un seul instant de retour à l'état normal. La durée varie de deux à quatre ans. Quelquefois elle persiste beaucoup plus longtemps. Sa terminaison ordinaire est la guérison.

Cette affection se présente quelquefois avec une prédominence très marquée d'un seul des principaux symptômes. On la méconnaît alors aisément, si l'on n'a pas soin de s'enquérir des sympômes concomitants auxquels il sera toujours possible de reconnaître, même s'ils sont peu accentués, le type caractéristique de la maladie.

Elle affecte deux formes : l'une grave, l'autre légère. Un criterium invariable les distingue, c'est le sommeil. Dans la forme grave, les nuits sont agitées d'insomnies, de cauchemars, de palpitations et d'une grande surexcitation cérébrale, mais toujours sans délire.

Dans la forme légère, au contraire, les malades dorment à peu près normalement. Il va sans dire que, entre ces deux formes extrêmes, il y a des états intermédiaires et des phases de rapprochement. C'est toujours la même affection apparaissant avec des degrés d'intensité très divers.

III

ÉTIOLOGIE

L'élément étiologique prépondérant qui ressort de nos observations et que Krishaber a si bien mis en relief, c'est le tempérament nerveux, tempérament transmis héréditairement ou développé sous l'influence du milieu social et que de nos jours on a appelé diathèse.

Par diathèse nous entendrons une prédisposition générale à contracter un certain nombre de maladies, qui sont supposées avoir un lien commun. Qu'on l'appelle dans le cas particulier nervosisme, état nerveux, tempérament nerveux, il est certain qu'elle joue un grand rôle dans le développement de la névrose cérébro-cardiaque. Le plus souvent elle est héréditaire, comme nous l'avons déjà dit. Cependant elle peut se créer de toutes pièces chez des individus nés sans tares, mais soumis pendant longtemps à des causes déprimantes. Pour être nerveux on n'en est pas pour cela névropathe.

« On peut être nerveux sans être névropathe, comme on peut être lymphatique sans être scrofuleux. Le tempérament nerveux prédispose aux névropathies comme le lymphatisme prédispose à la scrofule (1). »

Il y a entre les deux états toute la distance qui sépare l'état physiologique et l'état pathologique, aussi le tempérament

(1) Bernheim, *Revue de l'Hypnotisme,* Nancy, février 1892.

nerveux n'est-il qu'une cause prédisposante qui exige le concours d'autres causes dites occasionnelles. Parmi ces dernières il faut citer en premier lieu : l'abus du thé, du café et du tabac. Dans le tableau que Krishaber a dressé des trente-huit observations qui sont le fonds de son mémoire, nous retrouvons la plupart du temps l'excès de ces boissons dites stimulantes. Beaucoup de ces malades s'étaient imposés des insomnies volontaires et répétées, afin de prolonger les heures de travail, et, pour y parvenir, ils avaient recours à l'excitation que produisent le thé et le café à haute dose.

Il faut dire cependant que ces malades s'étaient trouvés à un certain moment dans un état de réceptivité morbide particulière, car, à diverses époques de leur vie, ils avaient fait les mêmes abus sans en éprouver les mêmes inconvénients.

Le surmenage cérébral tient aussi une large place. Tel est le cas du client de Duchenne de Boulogne, qui est attaqué de cette maladie après de pénibles séance parlementaires.

Dans le cas que nous avons pu observer et qui fait le fonds de notre première observation, l'étiologie relèverait de troubles dyspeptiques de date déjà ancienne. Ces troubles dyspeptiques agissant sur un terrain prédisposé plaideraient dans ce cas en faveur de la célèbre théorie de Bouchard, ou théorie de l'auto-intoxication de l'organisme. Les diverses phases de l'acte digestif étant retardées dans leur durée ou viciées, quant aux phénomènes chimiques qui en sont l'expression, il se produirait, au niveau des glandes gastro-intestinales, une résorption active de toxines, dont l'influence n'est que trop manifeste sur un système nerveux déjà ébranlé.

Pas d'excès sexuels non plus dans les antécédents de nos malades. D'ailleurs cette variété étiologique conduit aussi à un état neurasthénique particulier, la neurasthénie génitale, que Krafft-Ebbing a consacrée par des travaux très importants.

Pas de ces traumatismes qui ouvrent si souvent la porte à des accidents neurasthéniques et hystériques.

Enfin nous avons observé que cette maladie n'a aucune prédilection pour l'un des deux sexes, et qu'elle frappe également les hommes et les femmes.

Avant de clore ce chapitre il nous a paru de quelque intérêt de soulever un point de doctrine ayant trait au rapport qui existerait, d'après quelques cliniciens, entre la névrose cérébro-cardiaque et la paralysie générale.

Dans une leçon sur la période prodomique à forme neurasthénique de la paralysie générale, M. Gilbert Ballet cite le passage suivant du traité de M. Aug. Voisin : « On trouve dans les prodromes de la paralysie générale tous les phénomènes que Krishaber rapporte à ce qu'il appelle la névropathie cérébro-cardiaque. » Et M. Gilbert Ballet ajoute : « Cette remarque nous paraît très juste et nous l'acceptons à la condition de compléter la dernière proposition par celle-ci, « particulièrement si le neurasthénique est un ancien syphilitique. » Cette hypothèse ne nous semble pas devoir être admise. Les nombreux cas de névrose cérébro-cardiaque qui ont été publiés se sont toujours terminés heureusement, et les malades suivis longtemps après leur guérison n'ont pas présenté de symptômes de paralysie générale. Les trente-huit observations données par Krishaber dans son livre ne contiennent qu'un cas de syphilis antérieure. De plus le nombre de femmes atteintes de névrose cérébro-cardiaque est égal au moins à celui des hommes. Or la syphilis est moins fréquente chez la femme que chez l'homme dans la classe sociale où s'observe habituellement la névrose cérébro-cardiaque. La relation étiologique que l'on suppose exister entre la névrose cérébro-cardiaque et la paralysie générale ne nous paraît donc pas justifiée.

OBSERVATIONS

Observation I

(Recueillie aux consultations externes de l'Hôpital Général)

Le nommé B. (J.), vingt ans, terrassier, se présente le 28 juillet 1900 à la visite.

Il y a un an, le malade ressentit des battements de cœur qui sont allés en s'exagérant depuis deux mois. Pendant la dernière semaine qui vient de s'écouler, le moindre effort a été suivi de dyspnée et le malade a eu, dit-il, une hémoptysie légère. Les digestions sont lentes, et en même temps que de la céphalée frontale et de la faiblesse des jambes, le malade accuse du vertige et de l'énervement.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels du malade.

La maladie a débuté il y a un an par une fluxion de poitrine.

Nous sommes en présence d'un sujet solide, robuste, normalement coloré.

A l'examen nous observons l'état suivant :

La langue est quelque peu saburrale.

Le foie est normal, l'estomac non dilaté.

A l'auscultation du cœur, nous ne percevons aucun bruit de souffle ni de dédoublement nous révélant une lésion orga-

nique quelconque. La paroi thoracique n'est point soulevée par le bruit du cœur, dont la pointe bat normalement dans le cinquième espace intercostal; le nombre des pulsations, très augmenté, s'élève à 108 par minute.

L'auscultation ne décèle rien non plus dans le poumon et la plèvre.

Intégrité complète dans la sphère des voies génito-urinaires.

En présence de cet état, on conclut au diagnostic de névropathie cérébro-cardiaque, et voici le traitement institué :

1° Persuader au malade qu'il n'a aucune lésion cardiaque;

2° Hydrothérapie. Douches à 27° ou 28° qu'on abaissera graduellement jusqu'à 20°, et qu'on pourrait remplacer par des ablutions sur tout le corps faites le matin.

3° A chacun des deux repas, une demi-cuillerée de bicarbonate de soude.

Nous revoyons le malade au mois de novembre dernier. Il nous déclare que depuis juin il n'a plus rien ressenti, et se considère comme définitivement guéri.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Rauzier)

M. le docteur C..., âgé de quarante et un an, d'hérédité arthritique cancéreuse, croit être atteint d'une maladie de cœur. Fréquemment, depuis quatre ans, il éprouve dans la région du cœur des douleurs angoissantes qui irradient dans l'épaule et le bras du côté gauche, et il est obsédé par l'appréhension de la mort subite. Il n'a cependant jamais eu d'œdè-

mes ni d'hémorragies (une hémoptysie seulement à l'âge de dix-sept ans, le jour d'un de ses examens), mais se plaint de palpitations après son repas ; aucune dyspnée. Les digestions sont depuis nombre d'années très difficiles ; il a la mauvaise habitude de manger très vite et de boire beaucoup d'eau à son repas. Après ces derniers surviennent du ballonnement, des éructations, de la pesanteur à l'épigastre. Jamais de vomissements, les selles sont régulières.

Comme antécédents on relève des névralgies, une pleurite, et une extrême nervosité. De longue date le sommeil est agité et troublé par des cauchemars effrayants. Aucune étiologie toxique.

M. C... est un homme de complexion moyenne, normalement coloré. L'examen du cœur ne révèle aucune anomalie. La tension vasculaire est normale (17 cent.) Il n'y a pas d'artériosclérose. Les deux pouls sont égaux et synchrones. L'abdomen est ballonné, l'estomac dilaté, la langue normale. Ni albumine, ni sucre dans les urines. Excès de phosphates.

Le diagnostic d'angor dyspeptique est porté, et l'on institue le traitement suivant :

1° Une demi-cuillerée à café de bicarbonate de soude matin et soir avant le repas dans un peu d'eau ;

2° Une cuillerée à café de chloridia matin et soir après le repas dans un peu d'eau ;

3° Hygiène alimentaire : manger lentement, bien mâcher, boire peu (régime sec), pas de féculents, sauf en purée, de graisses ni de crudités ;

4° Lotions tièdes chaque matin suivies d'une friction au gant de crin.

Revu quelques semaines après, le malade, qui a strictement observé son traitement, accuse une notable amélioration.

Observation III

(Également due à l'obligeance de M. le professeur Rauzier)

M. G., trente-six ans, accuse depuis dix-huit mois des crises fréquentes d'angine de poitrine, et il est obsédé par cette idée qu'il est atteint d'une anévrisme de l'aorte.

Issu d'une mère arthritique, il a eu des rhumatismes, une sciatique et, il y a six ans, une fièvre typhoïde suivie d'accidents neurasthéniques.

Les crises cardiaques sont caractérisées par des douleurs précordiales, avec irradiations dans le cou et dans le bras gauche et engourdissement de ce dernier ; elles surviennent à peu près toujours après les repas.

Dans l'intervalle des crises, il existe une sternalgie permanente, des palpitations, des paresthésies fréquentes dans le bras et la jambe gauche. L'appétit est bon ; les digestions sont lentes (renvois, ballonnements). Jamais il n'y a eu de vomissements. Les selles sont régulières. Le malade tousse et crache un peu le matin; il urine normalement, et n'a ni sucre ni albumine dans ses urines ; il accuse une pénible sensation de lourdeur de tête. Les idées sont parfois « brouillées », et il reconnaît de bonne grâce qu'il passe une partie de la journée à s'observer; le sommeil est péniblement agité, et la nervosité constante.

A l'examen on n'observe aucune anomalie du côté de la circulation. M. G. est un homme de complexion moyenne (82 kilog.), les bruits cardiaques sont de fréquence et d'énergie normales ; il n'existe aucune arythmie. Peut-être une légère exagération dans l'intensité relative du second bruit. Les pulsations des deux radiales sont égales et synchrones.

Les pupilles sont égales et contractiles. La langue est grise. L'estomac fortement dilate, le foie normal.

Diagnostic. — Névropathie cérébro-cardiaque avec atonie gastrique et dilatation stomacale chez un arthritique dilaté.

Traitement.— Bicarbonate de soude, chloridia, hygiène ali mentaire, ablutions froides. Lors d'une seconde visite, l'état de la digestion s'étant amélioré, glycéro-phosphate de chaux et douches à 25° progressivement portées à 20°. Le malade n'a pas été revu.

Observation IV

(Recueillie par le docteur GOUBAUD)

M. X., trente-six ans, tempérament nerveux, a abusé du tabac, du thé et du café. Il a toujours joui d'une bonne santé, son père et sa mère sont bien portants.

M. X., après quelques signes précurseurs ayant consisté en étourdissements, puis en hémiopie et scotome scintillant, fut pris subitement d'un étourdissement très intense avec défaillances, mais sans perte de connaissance. Ces premiers accidents se prolongèrent une heure environ, puis le malade se trouva très sensiblement amélioré. Cet apaisement ne fut pas de longue durée. Le soir du même jour, les accidents se reproduisirent pendant quelques heures encore. La nuit suivante fut bonne. Pendant toute la durée de la maladie, le sommeil ne fut du reste jamais troublé. La journée du lendemain fut marquée par de plus nombreux accès. Ceux-ci se rapprochèrent de plus en plus, et la maladie devint continue.

Appelé auprès de M. X. dès le soir du premier jour de sa

maladie, nous le trouvons pâle, triste, abattu, très préoccupé de son état. Le pouls très ralenti ne bat que 50 fois par minute. Nous ne constatons à l'auscultation du cœur aucun souffle. La respiration ne présente rien de particulier.

Les accès qui se produisirent les jours suivants revêtirent la forme périodique. Le sulfate de quinine que prit alors le malade ne fit que les augmenter. Dans les deux premiers mois de la maladie les recrudescences furent très fréquentes et se caractérisèrent par des palpitations, des étourdissements, de la strangulation.

Les troubles digestifs du début, inappétence, constipation, ne se prolongèrent pas au delà de la première semaine. L'appétit redevint normal et la constipation disparut. Nous n'avons pas constaté de dilatation de l'estomac. La pâleur du début fit bientôt place à l'aspect de la santé la plus parfaite. Les symptômes qui persistèrent pendant deux années furent la strangulation qui se produisait au commencement des accès pour disparaître avec eux, les étourdissements et les défaillances. La mémoire resta toujours intacte. Les troubles sensoriels se prolongèrent pendant plusieurs mois. Le malade se regardait dans la glace comme s'il ne se connaissait pas. L'hyperesthésie fut très marquée. Le moindre bruit était extrêmement pénible. Les accès se terminaient par une abondante émission d'urines nerveuses.

Les moyens thérapeutiques employés furent les bromures à haute dose, la tisane de valériane, le drap mouillé, et les bains à eau courante. L'usage du café, du thé et du tabac fut rigoureusement proscrit, et tout travail intellectuel suspendu. Au bout de deux ans, le malade, que nous avons pu suivre, était complètement guéri.

Observation V

(Krishaber)

M. X.., magistrat, trente-trois ans, sans antécédents névropathiques. Par suite d'un avancement de carrière amenant des préoccupations beaucoup plus nombreuses, M. X... fut pris un jour dans la rue, et sans aucun signe précurseur, par des éblouissements suivis immédiatement de vertiges violents. « Je fus entraîné par un tourbillon et lancé à terre, dit le malade ; n'ayant pas perdu connaissance je voulus me relever, mais je roulai de nouveau à deux ou trois pas en avant. On accourut me donner secours. Une fois debout je pus gagner une voiture.

A partir de ce jour, j'ai été constamment malade. J'ai la tête à la fois lourde et vide, et il me semble que je suis ivre. M. X... marchait en effet comme un homme pris de boisson. Il lui était impossible de rester debout ou de marcher lentement. Mais il pouvait, par un effort subit de sa volonté, s'élancer et faire des pas précipités après lesquels il s'asseyait immédiatement sous peine de tomber. Une fois après avoir fait quelques pas au bras d'un ami, il fut pris d'un vertige si violent qu'il se jeta sur son compagnon, ferma les yeux, et s'y suspendit avec angoisse de tout le poids de son corps. Quatre ou cinq fois seulement ces accès si violents survinrent étant assis.

Telle est la description que le malade fait de son accès « Il me semble que ma tête est attirée à terre par un poids énorme. Mes mains ne suffisent pas à la retenir, et je cherche une table pour l'appuyer ; un jour, étant en voiture, il m'a semblé que la terre s'entr'ouvrait et que je roulais à pic avec voiture et chevaux.

» L'accès est précédé par de la défaillance et une sensation très pénible de vide dans la tête; je crois sans cesse m'évanouir, mais je n'ai jamais en vérité perdu connaissance ; je peux même de vive voix prévenir les personnes qui m'entourent, de l'accès qui va se produire, et leur annoncer aussi l'approche du mieux.

» J'ai très souvent un brouillard devant les yeux, j'ai aussi des palpitations, et je me sens très irritable. »

L'hyperesthésie des sens est très accusée. Le malade n'a pas de douleur au cœur. Le sommeil n'a jamais été troublé. Aucune conception fausse ne s'est manifestée, le phénomène dominant était le vertige et les troubles de la locomotion qui en étaient l'expression. Les troubles des sens, les troubles de la circulation étaient peu prononcés. Appétit absolument indemne, et digestions excellentes. M. X... n'a été en somme atteint que de la forme légère de la névropathie cérébro-cardiaque avec prédominance d'un des principaux symptômes, le vertige.

L'hydrothérapie suivie pendant trois semaines seulement n'a pas donné de résultat, l'usage du fer produisait de la constipation. Tout traitement fut cessé.

Le malade se sentait très notablement amélioré vers la fin de la première année, et lorsque nous le vîmes il pouvait déjà marcher avec une certaine facilité. Il avait l'apparence d'un homme en parfaite santé, et il nous dit qu'au plus fort de sa maladie, il en avait été de même.

Les accidents diminuèrent de plus en plus, et finalement cessèrent.

Actuellement M. X... est complètement guéri.

Observation VI

(Docteur Gruby)

M. X..., ingénieur, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, âgé de quarante-huit ans, sans antécédents névropathiques. Depuis l'âge de vingt-cinq ans, M. X. a des névralgies multiples et souvent très douloureuses.

Il y a une dizaine d'années, à la suite de travaux prolongés et excessifs, il survint du vertige, des étourdissements, des bourdonnements d'oreille. Ces accidents allèrent toujours en augmentant, au point que M. X... fut finalement obligé de garder le lit qu'il ne quitta point pendant quinze mois.

Des accidents multiples et d'une violence excessive accompagnèrent cet état. Tels étaient les troubles des sens et notamment de la vue (diplopie) et leur hyperesthésie.

L'hyperesthésie de la vue, toutefois moins prononcée, était aussi très grande.

L'insomnie survint dès le début des accidents et des réveils incessants, des cauchemars et des hallucinations horribles agitèrent les rares moments de sommeil.

Une sensation continuelle d'ivresse et de rêve s'empara de l'esprit du malade qui devint triste et misanthrope à un tel point qu'il refusa toute société et s'isola complètement. Il donna l'ordre de poser des aliments devant son lit, et ne voulut même pas voir son domestique.

Mais à même que le sommeil se rétablit, tous les symptômes diminuèrent progressivement d'intensité.

M. X... a encore de légères rechutes, et ne peut pas être considéré comme complètement guéri.

Observation VII

(Duchenne de Boulogne)

M. X..., âgé de cinquante-cinq ans, a été toute sa vie nerveux et irritable. Il est de haute stature, maigre et a été d'ailleurs ordinairement bien portant. Occupant une position importante dans la politique, il mit beaucoup de passion dans l'exercice de ses hautes fonctions ; ayant dû soutenir à la Chambre une lutte passionnée contre l'opposition, il dut se retirer et rentrer dans la vie privée.

C'est à la suite de ces circonstances qu'une névrose s'est déclarée avec les caractères suivants :

D'abord difficulté et bientôt impossibilité de se soumettre à quelque travail intellectuel que ce fût. Toute pensée qui exigeait une contention d'esprit quelconque dut être écartée. S'efforçait-il de surmonter cette fatigue intellectuelle, des douleurs vives lui survenaient dans la tête. Il était pris en même temps de vertiges au point de ne pouvoir rester debout. Quelquefois même, pendant la station et la marche, il titubait et était pris d'un sentiment d'ivresse.

Cet état était accompagné de grandes impressions et de troubles cardiaques (palpitations).

A mesure que cet état s'aggrava, l'irritabilité du malade devint extrême. Aucun bruit ne pouvait être supporté, et c'était surtout la musique qui éveillait des sensations douloureuses avec bourdonnements et exerçait une influence sur son moral au point de lui faire verser des larmes. La lumière le fatiguait également, et il recherchait constamment l'obscurité.

Tel était l'état du malade lorsqu'il vint me consulter, et me

demander si l'application de l'électricité pourrait lui procurer quelques soulagements, disant qu'il avait épuisé en vain jusque-là tous les moyens thérapeutiques connus. Je lui ai répondu négativement. Mais, persuadé que les circonstances politiques dans lesquelles il s'était trouvé étaient la cause principale de sa maladie, je lui conseillai de sortir de Paris, de se distraire par le voyage, et, lorsque ses forces le lui permettraient, de fatiguer le corps par des marches prolongées autant que possible et de préférence dans les pays montagneux.

Depuis lors, je n'ai plus revu le malade; mais j'ai appris, quelques années plus tard, qu'il avait suivi mon conseil, et que sa santé habituelle lui était revenue au point de pouvoir jouer un certain rôle politique depuis les derniers événements.

V

PATHOGÉNIE

Tout d'abord, quelle est la nature de la maladie de Krishaber ? Sommes-nous en présence d'une véritable névrose, c'est-à-dire d'une affection purement dynamique, caractérisée par l'absence de lésions organiques et apparentes ?

S'il en est ainsi, nous ne devrons trouver aucune de ces lésions qui pourraient expliquer les phénomènes observés.

Est-ce là ce que confirment les quelques cas dans lesquels on a pu faire l'autopsie.

Lobstein, Chomel et Louis n'ont en effet obtenu dans leurs autopsies que des résultats négatifs.

Une observation très nette de Louis, suivie de mort, rapporte ce qui suit :

Cerveau à l'état normal, arrondi, semble un peu volumineux. La base du cerveau ne présente rien de particulier, chaque nerf examiné à son origine, le cerveau coupé couches par couches, ainsi que le cervelet n'offrent aucune lésion appréciable. La moelle examinée dans sa partie inférieure et enlevée jusqu'au renflement cervical nous montre l'origine apparente du facial, du pneumogastrique, du spinal, du glosso-pharyngien, toutes ces parties sont saines. Les pneumogastriques disséqués dans tout leur trajet sont parfaitement normaux.

D'autres observations publiées par Briquet et Londry ne font que confirmer la précédente.

Mais les faits que nous venons de rapporter datent d'une époque déjà ancienne, si l'on considère les progrès accomplis depuis en anatomie pathologique.

C'est ce qui faisait dire à Axeufeld : « Dans l'état actuel de l'anatomie pathologique, malgré les rapides progrès de cette partie de la science, il serait téméraire d'affirmer que là où nous ne constatons pas d'altération matérielle, il n'en existe en réalité aucune, et pour les névroses ce caractère ne pourrait bien n'être que provisoire. »

Ces lacunes sont-elles aujourd'hui comblées ? L'anatomie pathologique et la bactériologie ont-elles donné la clef de l'énigme et jeté quelque lumière sur ces cas qui paraissent si obscurs à nos prédécesseurs.

Malgré l'immense progrès réalisé dans l'étude des diverses affections nerveuses, grâce à ces nouvelles sciences qui ont transformé en grande partie les notions pathogéniques acceptées, malgré tous les perfectionnements apportés dans la technique du microscope, il subsiste dans le cadre nosologique des affections qu'on ne peut mettre sur le compte d'aucun désordre matériel appréciable, et dans lesquelles il faut, par conséquent, faire intervenir comme facteurs pathogéniques des troubles d'ordre purement dynamique et psychique.

Dans ce nombre nous rangerons la névropathie cérébro-cardiaque, et pour mieux caractériser sa nature nous lui appliquerons la définition de Bernheim sur les névroses locales : « Un ou plusieurs troubles fonctionnels greffés sur une lésion organique guérie ou légère, ou sur une cause fortuite dont le retentissement nerveux seul persiste.

A quelle conception pathogénique allons-nous maintenant nous rattacher pour donner l'explication de ces phénomènes fonctionnels ?

Il est évident que, quelles que soient les sources de la mala-

die qui nous occupe, les symptômes les plus nombreux et les plus importants, les premiers apparus et ceux qui en même temps durent le plus longtemps, sont tous dus à l'excitation du système nerveux central. L'insomnie, l'hyperesthésie des sens, leur perturbation, les impressions fausses qui s'y rattachent, les névralgies multiples et intenses, et même le vertige, les troubles de locomotion et de circulation, ne sont que l'expression d'une excitation profonde et persistante; excitation qui a porté sur la cellule nerveuse elle-même. Un tel état conduit bientôt à la fatigue et à l'épuisement nerveux; d'où tantôt exagération momentanée des facultés avec exubérance de pensées et d'idées, et tantôt hébètement et complète impuissance.

L'intelligence du malade subit cette loi générale de la physiologie, qui veut qu'une période de suractivité fonctionnelle soit toujours suivie de la diminution et parfois de la cessation des fonctions qui sont en cause. L'excitation étant la cause immédiate, sur quoi peut elle porter de préférence? Les deux groupes de phénomènes morbides les plus saillants étant des troubles cérébraux et des troubles cardiaques, ne pourrait-on pas se demander avec Krishaber si le système nerveux vasomoteur ne serait pas ici en cause? On pourra nous objecter que nous entrons ici dans le champ des hypothèses. Mais est-ce bien une hypothèse que celle qui consiste à se servir en pathologie de données expérimentales parfaitement établies, et de les appliquer à l'interprétations des phénomènes morbides? D'ailleurs, le cœur et le cerveau ne sont-ils pas unis par une synergie intime? Faut-il s'étonner de la fréquence des phénomènes cérébraux dans les désordres du cœur? L'activité cérébrale étant intimement liée à une parfaite régularité de la circulation des hémisphères, il est de toute évidence que toute affection pertubatrice du fonctionnement cardiaque doit retentir également sur le fonctionnement cérébral et produire

parallèlement aux symptômes du côté de l'appareil circulatoire une foule de troubles psychiques et sensoriels.

Nous sommes donc en présence de malades offrant tous le symptôme de l'anémie cérébrale poussée à son extrême limite sans altération de la masse du sang ou avec une altération de ce liquide très peu prononcée. On est forcément conduit à admettre qu'il s'agit d'une anémie localisée, d'une ischémie fonctionnelle des centres nerveux.

C'est là ce qu'il faut examiner, et nous sommes amené naturellement à citer deux des expériences du célèbre professeur du Collège de France, l'éminent physiologiste Claude Bernard, qui paraissent bien mettre en relief le mode d'action des nerfs vaso-moteurs.

Une grenouille est empoisonnée avec une quantité assez minime de curare pour qu'elle puisse survivre à l'action du poison, qui, vu l'excessive impressionnabilité de l'animal, détermine cependant temporairement l'abolition complète de la fonction des nerfs moteurs ; l'animal est immobile et dans un état de mort apparente, la circulation continue cependant à se faire, car il faut une dose de curare beaucoup plus forte pour agir sur les nerfs vaso-moteurs. L'animal ainsi préparé, un des sciatiques est mis à nu et divisé, et la membrane interdigitale de la même patte est placée sous le porte-objet d'un microscope. Si alors on galvanise le bout périphérique du sciatique divisé, la patte reste immobile, les fibres du nerf dévolues à la motilité ayant perdu leur conductibilité ; mais il n'en est pas de même des fibres vaso-motrices ; et en effet pendant l'excitation on constate au microscope la pâleur instantanée des tissus par contraction des petits vaisseaux, le rétrécissement de leur calibre et l'ischémie consécutive. Le rétrécissement a surtout porté sur la partie du système vasculaire dont la tunique musculaire est la plus puissante ; les petites artères.

Cette expérience est variée de la façon suivante :

Sur une grenouille curarisée comme précédemment on met à nu les deux sciatiques, un de ces deux nerfs (le gauche) est divisé, l'autre (le droit) reste inctact. La membrane interdigitale de la patte dont le sciatique est intact (le droit) est mise sous l'objectif du microscope. Si maintenant on galvanise le bout phériphérique du sciatique divisé (le gauche), rien ne se produit de ce côté, les fibres motrices du nerf ayant perdu leur conductibilité par le curare. Mais, si l'on galvanise le bout central du sciatique divisé, on obtient dans la patte opposée, celle dont le sciatique est inctact et dont la membrane interdigitale est en observation, une action très manifeste sur la circulation locale. Comme dans l'expérience précitée, il se produit de la pâleur des tissus à la suite de la contraction des petits vaisseaux.

Les deux expériences ont donné des résultats identiques, la première par l'action directe qu'a subie la patte même sur laquelle l'excitation a porté, la seconde par action réflexe sur la patte opposée à celle qui a subi l'excitation.

Les expériences démontrent à la fois et d'une manière irrécusable : 1° que le système nerveux vaso-moteur est autonome ; 2° que l'anémie peut être produite par l'action seule des parois vasculaires et sans altération de la masse du sang ; 3° que la contraction des vaisseaux peut être produite par action directe ou locale et par action réflexe ou éloignée, et que dans les deux cas l'anémie est étroitement localisée. C'est ce que nous avons déjà appelé une ischémie fonctionnelle.

Ce que Claude Bernard produisit expérimentalement ne peut-il se produire aussi sous l'influence des excitants signalés à l'étiologie de la névrose cérébro-cardiaque ? Prenons par exemple le café, qui agit surtout par la caféine qu'il contient. Que

nous enseigne la physiologie à l'égard de cet alcaloïde ? Elle nous montre que la caféine à dose thérapeutique a la propriété d'exciter la contractilité du système musculaire lisse. Or quel est le département de l'économie le plus riche en ces sortes de fibres, si ce n'est le réseau artériel? Et dans ce réseau artériel lui-même, nous savons de par l'histologie que plus on s'éloigne du cœur, et que plus les vaisseaux perdent par conséquent de leur calibre, plus l'élément élastique diminue pour faire place à l'élément musculaire. Dans les artères terminales, et nous pouvons donner comme type les artères cérébrales, la structure devient presque exclusivement musculaire. Tout converge vers une seule propriété : la contractilité. Entre les effets thérapeutiques qui n'ont d'autre résultat que d'augmenter l'énergie cardiaque et de tonifier les parois artérielles, et les accidents de la névropathie consistant en palpitations et en contractures vasculaires aboutissant à l'ischémie locale, il sera donc aisé de comprendre qu'il n'existe tout simplement que la différence entre un usage rationnel, thérapeutique, et un abus immodéré des substances actives du café.

La contracture des artères cérébrales se trouve maintenant établie. Mais comment interpréter la persistance de ce phénomène? De ce que le physiologiste n'a pu encore obtenir la contraction persistante, pour ainsi dire la contracture des petits vaisseaux, doit-on en conclure que ce phénomène ne peut pas se produire par des causes qui nous sont encore inconnues? Nous ne le pensons pas. Les moyens employés par l'expérimentateur ne sont-ils pas d'ailleurs très différents des causes pathologiques que nous constatons. L'expérimentateur produit l'ischémie par excitation au moyen d'un courant galvanique appliqué une seule fois et pendant quelques instants seulement. Ce n'est pas ainsi que se présentent dans la névropathie les causes qui ont déterminé les troubles de

longue durée. Ici les causes sont multiples et souvent répétées, les effets s'effacent en partie et se corrigent, reparaissent ensuite, augmentent sous l'influence de causes additionnelles qui se présentent sous diverses formes, et peut-être pendant des années. Ce n'est qu'à la longue qu'est déterminé l'effet définitif, qui ne peut pas être identique à celui qui est obtenu par l'expérimentation. Quoique dans les deux cas il s'agisse du même phénomène, le trouble circulatoire, et de la même cause, l'excitation, il est aussi permis d'admettre d'autre part que la somme des excitations morbides successives, si elles s'étaient produites en une seule fois, eût conduit à un résultat identique avec celui de l'expérimentation. En somme, si les troubles fonctionnels provoqués par les agents de l'expérimentateur diffèrent par certains points importants des troubles analogues provoqués par des causes pathogéniques, c'est que les conditions de production des phénomènes sont très différentes.

Si, nous conformant à cette hypothèse, nous rapportons à la paroi des vaisseaux et non à l'altération du liquide sanguin les phénomènes morbides, on comprendra pourquoi nos malades, avec les symptômes d'une anémie poussée jusqu'à la dernière limite, gardent souvent des joues colorées, l'embonpoint et l'aspect général de la plus complète santé. On comprendra aussi le soulagement que leur procure, au moins à ceux qui sont le plus fortement frappés, la position horizontale à plan incliné, les jambes élevées et la tête baissée. On comprendra également jusqu'aux rémissions relatives, et même jusqu'aux oscillations incessantes, répétées parfois dans le courant de la même journée, et qui tantôt mettent le malade dans un état de calme relatif, tantôt lui font subir des recrudescences d'une intensité excessive. Et, poursuivant toujours la même hypothèse, il me semble même très plausi-

ble d'admettre que les vaisseaux dont les nerfs sont dans un état de suractivité morbide constante, subissent des alternatives beaucoup plus fréquentes et plus intenses que cela n'a lieu à l'état normal. Voilà donc établis les deux éléments de la question que nous avons discutée : excitation et contraction vasculaire dont l'ischémie fonctionnelle est l'expression. Mais ce qui est dans un cas l'effet devient à son tour la cause. L'ischémie produit à son tour l'excitabilité et la contraction vasculaire. C'est ainsi qu'il s'établit entre les deux causes un parallélisme fonctionnel pathogénique.

L'excitation et l'ischémie des centres nerveux étant maintenant admise, essayons de préciser d'après les symptômes observés quelles sont les parties des centres nerveux impliqués dans la névropathie cérébro-cardiaque, et quelles sont celles qui sont indemnes. Envisagée à ce point de vue, la question nous amène sur le terrain des localisations fonctionnelles de l'axe cérébro-spinal.

Tous les sens étant troublés dans la maladie de Krishaber, la localisation, qui consiste à rattacher ces troubles à la partie de l'encéphale où a lieu l'élaboration des impressions sensorielles, semble d'une logique tout à fait nécessaire.

La physiologie expérimentale nous enseigne le mécanisme de la perception des images sensorielles. C'est au niveau de la protubérance ou mésocéphale que se perçoit la première impression sensitive encore lente et dépourvue de conscience. Les impressions viennent de la périphérie et reconnaissent deux sources bien différentes. Les unes arrivent au mésocéphale directement en suivant la voie des nerfs crâniens, les autres indirectement en passant par la moelle, s'il s'agit des nerfs de la sensibilité générale. Mais l'impression sensorielle est seulement reçue par la protubérance. Elle a encore un certain trajet à accomplir pour être transformée

en impression consciente, en idéation. Elle sera réfléchie de la protubérance sur la masse des noyaux opto-striés (appareil de conjonction), d'où elle sera encore portée jusqu'à la couche corticale ou substance grise des hémisphères. C'est dans ces organes qu'a lieu la sensation consciente, l'idéation des impressions sensorielles, c'est-à-dire la conception des images. C'est cette même masse grise des hémisphères, qui les enveloppe comme d'un manteau, le cortex, que l'on reconnaît aussi comme étant le siège où s'élaborent les différentes manifestations des facultés supérieures de l'individu. En un mot, pour que l'image consciente puisse se produire, l'incitation venant du dehors traverse plusieurs départements du système nerveux, l'expansion périphérique du nerf sensoriel, organe d'impression ; le nerf lui même, organe de conduction ; le mésocéphale, siège de la sensation brute ; la masse opto-striée, organe de transmission ; la couche corticale de l'hémisphère, organe de conception.

Dans la névropathie cérébro-cardiaque, y a-t-il un ou plusieurs de ces appareils qui sont frappés ? Voilà étroitement limitée la question que nous avons à nous poser.

Si l'on veut bien jeter un coup d'œil attentif sur les observations que nous rapportons, il sera facile de constater que les impressions sensorielles recueillies et transmises normalement chez nos malades sont toujours perverties au point d'origine des nerfs dévolus à la sensibilité générale ou spéciale. C'est au niveau du mésocéphale que nous pourrons rapporter les troubles profonds en vertu desquels le malade a des sensations confuses et erronées sur le monde extérieur. Ce qui prouve que l'organe de la sensation consciente n'est pas troublé, c'est que ce même individu se rend compte de la fausseté de ses sensations brutes et que sa conscience les rectifie sans cesse. Prenons, pour exemple, le malade de notre

observation III. Il est entraîné comme par un tourbillon et lancé à terre, n'ayant pas perdu connaissance. Une autre fois, marchant à côté d'un de ses amis, il sent l'accès qui arrive, et a le temps, pour éviter une chute, de se jeter au coup de cet ami auquel il se suspend de tout son poids. Y a-t-il rien dans ces crises qui ressemble à la perte de connaissance du comitial par exemple, dont le cortex, irrité sous l'influence d'une intoxication ou d'autres causes très différentes, produit une véritable décharge électrique? Non, l'intelligence du malade est absolument saine; sa mémoire et son jugement étant restés debout, il se rappelle ses sensations exactes, les compare et comprend qu'il est en proie à des illusions multiples et incessantes. Voilà ce qui différencie ses conceptions de celles de l'aliéné, car chez celui-ci, que les conceptions soient justes ou fausses, elles sont toujours troublées.

Les troubles que nous venons de rapporter ont pour siège les nerfs sensoriels et sont liés aux changements survenus dans la perception des images, d'où un état vertigineux entraînant à son tour d'autres troubles dans l'équilibre. Ce qui vient à l'appui de la localisation que nous avons placée dans le mésocéphale, c'est qu'à côté de ces nerfs sensoriels spéciaux, les nerfs sensitifs crâniens, qui ont la même origine, sont impliqués dans les mêmes troubles.

Au trijumeau et au glosso-pharyngien se rapportent les troubles de la gustation.

A la première paire les névralgies multiples de la tête, frontales et sus-orbitaires, maxillaires et auriculaires.

Comment expliquerions-nous l'angine de poitrine, la dyspnée et les troubles gastriques, si ce n'est par l'excitation du nerf de la dixième paire, et la sensation de strangulation, si ce n'est par l'excitation du laryngé supérieur, branche de ce même pneumogastrique.

Quant aux palpitations, elles ne peuvent être dues qu'à l'excitation du grand sympathique dont nous avons, il y a un instant, longuement étudié l'action sur la circulation. Mais ne pourrait-on pas aussi admettre une part d'action du pneumogastrique par la tendance aux lipothymies et à la diastole que produit son excitation ?

Reste à expliquer maintenant les phénomènes d'ordre psychique tels que la suractivité intellectuelle suivie d'apathie, la tristesse poussée parfois jusqu'aux idées de suicide, et même les troubles du sommeil. Il est évident que de pareils symptômes ne doivent pas être rapportés au mésocéphale, mais appartiennent plutôt à une excitation de la cellule de la substance corticale des hémisphères. Nous n'essayerons pas d'indiquer la localisation des territoires affectés ; mais ce qui est de toute évidences, c'est que certaines aptitudes isolées sont seules atteintes, et que les facultés psychiques d'ordre le plus élevé restent intactes dans leur essence.

Mais en dehors de l'hyperesthésie et des névralgies crâniennes, nos malades ont présenté de l'hyperesthésie cutanée, des névralgies, des branches du plexus brachial et sacré, des myosalgies et des arthralgies multiples.

Sans vouloir soulever la question de l'autonomie de la moelle, les découvertes récentes faites en histologie simultanément par Kolliker et Cajal nous ont montré que la moelle peut non seulement être conductrice des impressions sensitives, mais qu'elle est certainement aussi le réceptacle de ces impressions à l'incitation desquelles elle répond indépendamment. Il n'y a rien d'invraisemblable à admettre dans ce cas que l'excitation et l'anémie de la névrose cérébro-cardiaque ont porté sur la moelle au même titre que sur certains départements de l'encéphale, en subissant le même mécanisme dans la production des phénomènes morbides.

Nous tenons à prévenir une objection qui s'impose tout d'abord et qui est celle-ci : pourquoi sur un point de l'encéphale aussi limité et qui est le lieu d'origine des nerfs sensitifs, mixtes et moteurs, ces derniers ne sont jamais atteints. Cette anomalie n'est qu'une apparence qui vient d'ailleurs justifier pleinement les données de la physiologie. Car, pour que le défaut de sang puisse produire une action sur les nerfs sensitifs, il faut qu'il se soit produit à l'extrémité centrale des nerfs. Mais c'est à l'extrémité périphérique que doit se produire l'ischémie pour que l'action ait lieu sur les nerfs moteurs à moins d'action réflexe. C'est ainsi que s'explique ce fait d'apparence insolite que primitivement les nerfs sensitifs sont seuls frappés chez les malades que nous avons observés, et que les paralysies et les parésies que nous avons observées ne peuvent être que de nature réflexe.

Voici en terminant comment nous pourrions résumer notre physiologie pathologique. Excitation du système nerveux central, cérébro-spinal et vaso-moteur, d'où inactivité morbide, les nerfs vaso-moteurs produisent la contraction des petits vaisseaux, leur rétrécissement et l'ischémie consécutive de certains départements des centres nerveux, d'où encore nutrition insuffisante et épuisement ; mais l'anémie et l'épuisement engendrent à leur tour l'excitation. Nous sommes conduits à un cercle vicieux pathogénique ; les accidents deviennent continus, sauf certaines variantes qui sont la caractéristique de tout phénomène biologique.

VI

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Comme il serait très long de comparer chaque symptôme pris individuellement dans la maladie de Krishaber avec le même symptôme que nous retrouverions dans d'autres affections, nous allons essayer d'esquisser un parallèle avec les maladies qui offrent à priori une certaine analogie, parfois même une ressemblance presque complète avec la névropathie cérébro-cardiaque.

L'aliénation mentale. — Certains aliénés, de même que nos névropathes, nous présenteront des hallucinations des sens qui ne sont pas suivies d'hyperesthésies. Mais peut-on appeler exactement hallucinations des impressions que l'intelligence vient toujours corriger, et la dénomination d'illusions ne leur conviendrait-elle pas davantage ; ne sont-elles pas d'ailleurs la résultante de longues nuits d'insomnie et de cauchemars ? Chez l'aliéné, au contraire, le sommeil peut être normal et la santé physique parfaitement équilibrée. C'est la perversion de son intelligence qui produit les hallucinations, tandis que chez nos névropathes l'intelligence est toujours intacte. A aucun moment de l'affection décrite nous n'avons observé de délire ni partiel, ni général.

L'hypochondrie. — Quel est le caractère des troubles hypochondriaques ? Ce caractère est précisément une grande versatilité qui les rend insaisissable. L'objet des plaintes d'un

hypochondriaque change constamment, et, lorsqu'on relève l'histoire d'un certain nombre de ces malades, on n'obtient pas une description qui puisse être comparée à une autre. Ils n'ont de commun entre eux que cette tendance à amplifier jusqu'à l'hyperbole des maux imaginaires. Les névropathes dont nous faisons l'histoire offrent à côté de symptômes subjectifs des signes matériellement constatables, par exemple les troubles de la locomotion. Dans la forme grave de l'hypochondrie il y a, autre signe distinctif, des conceptions délirantes. En outre les individus nosomanes, comme on pourrait appeler les hypochondriaques, se remarquent précisément à l'excessive appréhension qu'ils ont de toute médication, même la plus anodine. Nos malades, au contraire, en raison de leurs souffrances complexes, intenses et constantes, sont toujours disposés à accepter n'importe quel sacrifice pouvant leur procurer le moindre soulagement.

La neurasthénie. — Ce qui frappe dans la maladie de Krishaber, ce sont les troubles circulatoires apparaissant dans les premiers moments de l'affection avec une brusquerie et une intensité extrêmes. Nous relevons bien dans la neurasthénie les mêmes symptômes, mais ils ne se produisent pas avec la même soudaineté dès le début et n'occupent pas le premier plan.

D'autres stigmates de la neurasthénie, tels que la céphalalgie, le vertige, l'insomnie, la dépression cérébrale, la rachialgie, nous aideront à établir le diagnostic différentiel des deux affections.

Tout d'abord la céphalalgie existerait chez les trois quarts des neurasthéniques, au dire de Bouveret, chez les quatre cinquièmes, au dire de Levillain. Elle a un caractère pathognomonique que Charcot a bién défini lorsqu'il compare les neurasthéniques à un homme qu'on aurait coiffé d'un casque

lourd et trop étroit pour abriter sa boîte crânienne, ce qui produit la double sensation du poids lourd et de l'étau qui enserre les tempes. Les « galeati », tels sont les malades qui souffrent de cette céphalalgie particulière. Dans la névrose cérébro-cardiaque, la céphalalgie n'est que rarement observée, les sensations accusées sont même d'un ordre plutôt inverse. Les malades se plaignent d'une impression de vide et d'ivresse.

Le vertige neurasthénique peut être léger ou grave. Mais, quelle que soit son intensité, c'est un « phénomène passager » (Grasset). Le vertige de la névrose cérébro-cardiaque a toujours présenté une grande intensité. Tel de nos malades que nous avons cité croit voir un abîme se creuser sous ses pieds ou être jeté avec son équipage au fond d'un précipice. De plus, c'est un accident qui ne disparaît qu'après une longue période de la maladie.

Chez bon nombre de neurasthéniques, l'insomnie est un symptôme fort variable. Parfois le sommeil se produit hâtivement, mais est de courte durée. Le plus souvent il s'agit d'une difficulté à s'endormir. Dans la névrose cérébro-cardiaque, l'insomnie est absolue et persistante, du moins pendant les premières semaines de la maladie. Son absence au début et dans le cours de la névrose serait tout au plus un signe négatif important de la forme légère.

Les phénomèmes de dépression cérébrale jouent un rôle des plus importants dans la neurasthénie. Les facultés intellectuelles sont amoindries : la mémoire est moins nette, l'attention ne peut être prolongée sans fatigue ; mais de toutes les facultés supérieures, c'est la volition qui est le plus sérieusement atteinte ; le neurasthénique ne peut plus se déterminer à une résolution quelconque, il est toujours flottant entre deux décisions, et sa volonté a cédé la place à une aboulie

persistante. La dépression cérébrale existe bien chez le névropathe, elle va parfois jusqu'à lui donner des idées de suicide. Mais nous observons rarement ces cas d'aboulie, qui font fuir au neurasthénique toute société, par peur de se trouver acculé à une décision qui l'effraie toujours, et, de plus, elle est bien moins durable.

La rachialgie est le stigmate très caractéristique de neurasthénie. Certains malades se trouvent bien plus fatigués le matin au réveil que le soir avant de se coucher. On dirait qu'ils ont été roués de coups. Telle est l'expression par laquelle ils définissent la sensation de brisement qu'ils éprouvent.

Tel n'est pas le tableau de la névrose cérébro-cardiaque. La douleur rachidienne fait à peu près toujours défaut. C'est à peine si, dans quelques observations, Krishaber a noté une douleur légère et peu durable à la nuque. Pas de ces troubles fonctionnels, comme les hémorragies, les congestions utérines, les troubles menstruels rapportés selon Olivier à la congestion, et selon Hammond à l'anémie de la moelle.

La marche et la durée des deux maladies ne sont pas des signes distinctifs de faible importance.

Charcot a bien mis en relief cette neurasthénie héréditaire ou constitutionnelle qu'il distingue au point de vue pronostic de la neurasthénie vraie ou acquise. C'est cette variété de neurasthénie héréditaire qui se fait remarquer par sa ténacité. « Elle est souvent inguérrissable ; les troubles cérébraux vont en s'accentuant de plus en plus, et la névrose se transforme en un moment donné en psychose définitive » (Grasset). La névrose cérébro-cardiaque, au contraire, a une marche bien déterminée dont la durée est en moyenne de deux années. Elle présente une tendance constante à la guérison. Le neurasthénique conserve toujours une certaine irritabilité qui

l'expose constamment à un retour de ses accidents. Les malades atteints de névrose cérébro-cardiaque, soumis à une bonne hygiène et au traitement que nous avons exposé dans nos observations, arrivent à la guérison sans conserver la moindre trace de la maladie.

L'hystérie. — Si l'hyperesthésie, les paralysies passagères, les accès hystériformes, les pleurs et la tristesse, la sensation de strangulation peuvent permettre un rapprochement entre l'hystérie et la névrose cérébro-cardiaque, nous allons voir qu'il est possible d'établir une délimitation bien nette de ces deux maladies à l'aide de deux grands groupes de symptômes : les modifications de la sensibilité et les troubles psychiques.

L'hyperesthésie cutanée est un symptôme constant dans la maladie de Krishaber. C'est plutôt de l'anesthésie affectant la forme généralisée, disséminée ou hémiplégique qu'on rencontre chez les hystériques. Cette anesthésie contraste avec une hyperesthésie des muscles se produisant le plus souvent sous forme de rachialgie et de céphalalgie, le clou hystérique, comme on a dit pour qualifier ce dernier symptôme. Or la rachialgie est rare dans la névrose cérébro-cardiaque, et ne s'y observe qu'à l'état d'ébauche. La céphalalgie est tout à fait exceptionnelle.

D'autres symptômes, tels que la douleur épigastriquel l'hyperesthésie intestinale avec coliques et météorisme, l'ovarie, les zones hystérogènes sont tout à fait spéciaux à l'hystérie.

Les paralysies hystériques ont pour caractère principa, d'apparaître et de disparaître avec une égale facilité. Le professeur Dieulafoy les définit ainsi : « Ce sont des paralysies accompagnées d'anesthésie, anesthésie prenant la forme de segments perpendiculaires à l'axe du membre avec contrac-

tibilité électrique normale, réflexes exagérés, normaux, ou diminués. » Ce sont surtout des parésies que l'on observe dans la névrose cérébro-cardiaque. Ces parésies généralisées à tout le corps se traduisent par une lassitude exagérée. Pas de ces contractures non plus que l'on observe si souvent dans l'hystérie.

La sensation de strangulation est aussi absolument différente dans les deux cas. Tandis que dans l'un c'est une sensation localisée comme dans l'angine de poitrine vraie, la coronarite aiguë, dans l'autre c'est une sensation mobile remontant du creux épigastrique du larynx, l'aura ou la boule hystérique.

Nous arrivons aux troubles psychiques les plus importants au point de vue du diagnostic différentiel.

Tout d'abord l'amnésie est un symptôme assez fréquent de la névrose cérébro-cardiaque. Le malade confond les faits passés avec le souvenir de ses rêves, il a perdu la notion du temps. Il y a surtout affaiblissement de la mémoire locale. Tel malade ne reconnaît pas le chemin de sa maison.

Les amnésies sont de plusieurs ordres, si nous nous en rapportons à la division de P. Janet en systématisées, localisées et générales. Dans l'amnésie systématisée, le malade oublie un certain groupe d'idées du même genre formant ensemble un système, par exemple tout ce qui concerne une personne ou une famille. Les amnésies localisées portent sur une période donnée. L'amnésie générale assimile le malade à un enfant qui vient de naître, c'est la table rase.

Voici quelle est pour P. Janet l'interprétation de l'amnésie hystérique : Comme pour les sensations il y a pour le souvenir complet d'abord formation de l'image, puis assimilation psychologique de cette image. L'amnésie hystérique est un trouble de l'assimilation psychologique. En effet, les souvenirs

disparaissent dans les actes personnels et reparaissent quand la personnalité abdique dans le sommeil, les rêves, les actes irréfléchis. L'amnésie hystérique est donc un trouble de la personnalité. « Les éléments du souvenir, la conservation et la reproduction des images sont intacts, mais il y a un défaut de synthèse actuelle des éléments psychologiques, défaut qui supprime plus ou moins complètement l'assimilation des souvenirs à la personnalité. La perception personnelle, incapable de rattacher tous les éléments à l'ensemble de la personnalité, néglige de percevoir telle ou telle catégorie d'images (P. Janet).

Les troubles de la mémoire dans la névrose cérébro-cardiaque ne présentent pas rigoureusement les mêmes caractères que l'amnésie systématisée et localisée de l'hystérie. Ils ne se rattachent pas spécialement à un groupe de faits ou de personnes, et n'ont pas la même durée que dans l'hystérie. De plus ils nous paraissent beaucoup moins profonds que ceux de l'hystérie, et n'atteignent jamais le degré de l'amnésie générale. L'amnésie hystérique est une maladie de la personnalité. Il n'en est pas de même de l'amnésie que l'on observe dans la névrose cérébro-cardiaque.

Les modifications du caractère ne sont pas les mêmes dans les deux affections. Dans l'hystérie, les affections, les sentiments de famille sont diminués ou pervertis. Les hystériques deviennent absolument indifférents pour les choses ou les êtres qui leur tiennent le plus, quand cette indifférence n'est pas remplacée parfois par des sentiments d'aversion et de cruauté. Le sentiment de la pudeur s'émousse pour se transformer en sentiments érotiques. La jalousie tient aussi une large place escortée de la simulation et du mensonge, que les malades ne dédaignent pas d'employer pour arriver à faire accréditer les histoires les plus invraisemblables. Tel le cas de ce

malheureux Urbain Grandier que des religieuses Ursulines de Loudun accusaient des crimes les plus imaginaires. Tous ces caractères, il faut le reconnaître, n'existent pas dans la névrose cérébro-cardiaque, pas plus que la suggestion et les idées fixes.

L'épilepsie. — Le vertige épileptique ou petit mal, point de ressemblance entre les deux affections, est facile à distinguer du vertige de la névropathie cérébro-cardiaque. D'abord le petit mal survient chez des individus ayant été atteints de comitialisme aigu, et ce qui constitue un caractère distinctif des plus essentiels, c'est qu'il est lié à la perte de connaissance, ce qui ne se produit point chez nos malades ou du moins tout à fait exceptionnellement. Le vertige épileptique en outre n'est pas accompagné d'insomnies, de troubles sensoriels multiples et constants, de troubles cardiaques et autres perturbations.

La chlorose. — Ce rapprochement paraît assez justifié puisque nos malades sont atteints d'une anémie localisée. Mais de ce que des syncopes et des impressions vertigineuses peuvent se produire dans l'anémie, la couleur des téguments qui est d'une pâleur caractéristique suffit pour différencier la chlorose. Tous les malades atteints de névrose cérébro-cardiaque ont gardé les apparences de la plus parfaite santé avec leur teint rouge et coloré, tel celui que nous avons observé à l'Hôpital Général.

Les affections organiques du cerveau et de la moelle. — Le fait seul que la névropathie tend vers la guérison rend inadmissible cette interprétation. D'ailleurs une tumeur localisée en un point quelconque de l'axe cérébro-spinal n'offrirait pas cette multiplicité de symptômes qui caractérisent la névropathie. S'il s'agit d'une nécrobiose corticale par exemple, les

antécédents du malade, son examen général mettent rapidement sur la voie du diagnostic. L'ataxie locomotrice, pour si fruste que soit parfois son tableau, offre toujours quelque signe distinctif. Inutile d'insister longuement sur les différentes expressions symptomatiques que peut offrir une tumeur selon sa localisation sur l'axe cérébro-rachidien. Cette considération nous entraînerait dans un chapitre trop vaste. Qu'il nous suffise de dire que les données fournies par la physiologie et la clinique permettront de trancher facilement le diagnostic de Krishaber.

Deux autres maladies, le *vertigo ab aure lœsa* ou vertige de Ménière et le *vertigo a stomacho lœso* ont une telle ressemblance avec les accidents liés au vertige et les bourdonnements d'oreille que nous avons décrits, que la confusion devient possible pour l'observateur superficiel. Il est donc intéressant de mettre en relief les quelques points de divergence.

Dans la maladie de Ménière, les bourdonnements d'oreilles suivis de vertiges, de nausées ou de vomissements, et quelquefois aussi d'état syncopal, sont éminemment passagers. Les accès ne durent le plus souvent que quelques minutes, et se prolongeraient-ils pendant un ou plusieurs jours qu'ils cessent complètement ; alors l'individu frappé revient à la plus complète santé ; un seul phénomène persiste, la surdité complète ou incomplète. Les accès se reproduisent après un temps plus ou moins long, mais dans l'intervalle il y a une rémission complète. Il suffit de jeter un coup d'œil sur l'ensemble si complexe des phénomènes qu'offrent les individus atteints de la névropathie cérébro-cardiaque, chez lesquels la continuité des symptômes est un des caractères les plus essentiels, pour que toute confusion devienne inadmissible. Il est à noter de plus qu'un grand nombre de symptômes.

comme les palpitations qui constituent le plus important, font complètement défaut dans le vertige labyrinthique.

Le vertige stomacal. — Il est évident que, dans la forme grave de la névropathie cérébro-cardiaque, la confusion est impossible. Les troubles cérébraux sont si accusés, l'insomnie est tellement persistante, les phénomènes qui en dépendent si nombreux, qu'il est impossible de rapprocher cet état auquel s'ajoute du reste des troubles de la circulation du *vertigo a stomacho lœso.* Mais dans la forme du vertige stomacal, caractérisée par une sensation vertigineuse passagère, peut-il y avoir erreur ? Voici sur ce point l'opinion de Krishaber lui-même : « Chaque fois que le vertige est durable et intense, j'affirme qu'il y a autre chose, qu'on examine attentivement les sujets atteints de vertige constant, dit a *stomacho lœso*, et on pourra se convaincre bien vite qu'il existe toujours les troubles concomitants des sens, le trouble de la circulation et un nombre plus ou moins considérable des troubles secondaires. Je nie formellement l'existence d'une entité morbide caractérisée exclusivement par les troubles digestifs et des vertiges, ces vertiges eux-mêmes étant produits par des troubles digestifs ; je nie formellement et absolument jusqu'à l'existence d'une maladie qu'on appelle le *vertigo a stomacho lœso.* Le vertige lié aux troubles de l'estomac est très rapide, car il dure à peine quelques secondes ; sur un grand nombre de malades qui avaient été étiquetés comme atteints de vertige stomacal, j'ai bien vite reconnu, à l'ensemble des symptômes restés inaperçus, que je dois les revendiquer pour la forme légère de la névropathie cérébro-cardiaque. » Ainsi donc, ni dans la forme légère, ni dans la forme grave de la névropathie, l'erreur n'est guère possible, puisque le principal symptôme de cette affection qu'on a appe-

lée le *vertigo a stomacho lœso* est tellement fugace, que Krishaber est allé jusqu'à nier l'affection elle-même.

L'angine de poitrine. — L'angine de poitrine est un symptôme très complexe. Depuis qu'on a pénétré plus avant dans son étude, on a reconnu que tous les cas étaient loin de se ressembler, qu'elle n'était pas toujours identique à elle-même, et que sous le couvert d'un certain nombre d'analogies on avait confondu des états morbides différents non pas tant par les symptômes que par leur allure générale, leur étiologie, leur développement et aussi leur pronostic.

L'angine de potrine vraie est d'origine artérioscléreuse, c'est-à-dire, qu'elle reconnaît pour cause la sclérose des artères coronaires, vaisseaux nourriciers du muscle cardiaque. Quelques auteurs l'attribuent en partie à l'inflammation de plexus cardiaque. Quelle que soit sa cause première, il est de fait qu'elle ne débute généralement que dans l'âge adulte, époque de prédilection pour le processus scléreux. Elle surprend le sujet en pleine santé et du premier coup arrive à son summum d'intensité. L'accès est caractérisé par une violente douleur dans la région presternale avec irradiations diverses dans le cou, l'aisselle, le bras ; douleur tellement vive qu'elle donne au malade la sensation d'une mort imminente ; la respiration se suspend, chaque mouvement du thorax exagérant la souffrance ; le visage exprime l'anxiété et l'effroi ; le sujet reste ainsi pendant quelques minutes dans cet état d'angoisse indéfinissable et tout rentre dans l'ordre. Le retour des accidents n'a rien de régulier, plusieurs mois les séparent les uns des autres, puis ils se rapprochent de plus en plus jusqu'à ce qu'un accès ultime vienne entraîner la mort.

Rien de pareil dans la pseudo-angine névropathique. Celle-ci peut éclater à tout âge, mais est surtout fréquente avant

quarante ans. Elle survient sans cause apparente à l'état de repos, sous l'influence d'une émotion, rarement comme la première à la suite d'une marche, d'un coup de vent ou d'un effort, celle-ci procède par accès intermittents, celle-là se répète tous les jours, pendant plusieurs mois de suite. Elle est périodique et souvent nocturne.

Le symptôme dominant est encore ici la douleur. Mais ce qui la différencie de la douleur de la coronarite dont elle peut atteindre l'acuité, c'est qu'elle est toujours suivie des autres manifestations de la névrose, qu'un observateur attentif ne doit pas laisser dans l'ombre si son esprit n'est pas uniquement préoccupé par la prépondérance de ce premier signe.

Le pronostic n'est pas le même : tandis que dans la première la mort subite est de règle, dans la seconde la guérison s'obtient par un régime et un traitement appropriés.

D'une façon générale, cette névrose cardiaque diffère de l'affection organique angine à beaucoup de points de vue. D'abord absence de lésions matérielles, prédominance et multiplicité des symptômes douloureux, son retentissement presque insignifiant sur la circulation générale, sa marche capricieuse et sa terminaison souvent favorables. C'est en se fondant sur ces particularités et en tenant compte du tempérament des malades, qu'on arrivera à établir le diagnostic dont l'importance ressort de ce qui vient d'être dit.

VII

TRAITEMENT

En présence de nos névropathes cérébro-cardiaques comme en présence de tout névrosé, deux indications bien nettes s'affirment.

En premier lieu relever l'état moral du sujet qui offre toujours une certaine dépression, et pour cela instituer un traitement moral.

Enfin supprimer la cause des diverses manifestations morbides, ce que l'on obtiendra par une médication et un régime appropriés.

Avant d'aborder cette première partie du traitement, il est bon de faire remarquer les dangers qui peuvent résulter du scepticisme par trop apparent de certains médecins envers les névrosés. Généralement on est tenté de considérer les malades comme des simulateurs, on met sur le compte de l'imagination des souffrances dont le récit est peut-être un peu exagéré, mais qui reposent néanmoins sur un fonds réel. Quels malades peuvent mieux prêter à cet abus déplorable que ceux qui font le sujet de nos observations. Ils se présentent au médecin robustes et colorés, avec un aspect qui n'est point en rapport avec leur état de maladie. De là ces appellations de malades imaginaires qui exaspèrent au plus haut point et entretiennent leur irritabilité. Un tel état de choses

ne peut évidemment que rendre, à brève échéance, de pareils sujets insociables.

Tel n'est pas le résultat à obtenir, et le concours du médecin, qui est ici très précieux, doit être tout différent. Le médecin se fera l'auditeur apitoyé des troubles que lui dépeint le malade; il s'efforcera d'atténuer ses inquiétudes, relèvera son courage, et entretiendra en lui l'espoir parfaitement justifié, d'ailleurs, d'une complète guérison.

Tel est la ligne de conduite que notre Maître, le professeur Grasset, expose dans son *Traité des maladies du système nerveux*; qu'il nous soit permis de citer ici ces quelques lignes qui en constituent la partie la plus saillante :

« Il importe avant tout que le médecin prenne autorité sur son malade, et lui persuade qu'il n'est atteint d'aucune lésion organique, que rien ne s'offre dès lors à une guérison radicale. Pareille persuation n'est pas difficile à obtenir, mais il faut encore tenter de la maintenir. Une attitude ferme et bienveillante en même temps, l'audition patiente de quelques-uns des troubles si variés sur la description desquels l'imagination du malade n'est jamais en défaut, un examen minutieux de tous les organes aideront à capter la confiance du sujet, à obtenir son adhésion et sa collaboration au traitement. »

Un autre désordre, et non des moindres, c'est cette autosuggestion qui joue un rôle prépondérant dans le développement de ces névropathies, affections sûrement fonctionnelles dans lesquelles l'altération n'existe pas, ou du moins est diminuée par le désordre purement fonctionnel. Il est donc logique de croire qu'en créant une direction nouvelle aux pensées du malade, en fortifiant son cerveau contre les erreurs de son imagination, on attaquera le mal dans sa source même.

Mais pourquoi ne pas appliquer alors cette thérapeutique suggestives dont la paternité revient à l'École de Nancy. Il

n'existe pas dans le cadre de notre travail d'indiquer les diverses façons dont on peut pratiquer la suggestion. Dans le cas particulier, elle se confond avec cette autorité morale que le médecin doit prendre sur son malade. Qu'il nous suffise d'indiquer ici avec Bernheim son influence dans le traitement :

« En s'adressant à l'organe psychique, centre moteur de tous les organes, de toutes les fonctions, la suggestion peut modifier ces organes et ces fonctions dans un sens utile au malade. De même que, sur un organisme sain, on peut produire par suggestion de la douleur, de l'anesthésie, de la contracture, de la paralysie, de la toux, de l'éternuement, des nausées, on peut augmenter, diminuer, pervertir les diverses fonctions, de même on peut, sur l'organisme malade, supprimer la douleur, résoudre la contracture, dissiper les nausées et les vomissements, calmer la toux, remplacer l'insomnie par le sommeil. »

Pour ce qui a trait au régime à suivre, il va sans dire que le malade supprimera tout travail intellectuel. Tout au plus pourra-t-il s'y adonner en guise de distraction, quand les symptômes arriveront à un certain apaisement.

L'abus du tabac, du thé et du café étant noté comme une des causes principales de la névrose, l'usage de ces substances sera interdit d'une façon absolue. Sans vouloir aller jusqu'à supposer que la névropathie de Krishaber soit le delirium tremens des boissons excitantes, le mécanisme de la production des accidents sous l'influence de ces mêmes boissons nous montre que les choses se passent comme dans l'abus de l'alcool.

Parmi les agents thérapeutiques employés, il en est qui sont formellement contre-indiqués ; d'autres dont l'efficacité ne fait l'objet d'aucun doute.

Le quinquina, par exemple, devra être rigoureusement

proscrit. Outre que cette substance s'emploie très souvent à l'état de préparation alcoolique, elle a par elle-même l'inconvénient de produire une excitation qui, dans notre cas, ne fait qu'aggraver les accidents. La médication stimulante du système nerveux on médication névro-sthénique est nuisible à nos malades.

Les mêmes effets sont imputables à la noix vomique et à la strychnine.

Les troubles dyspeptiques que l'on rencontre parfois au début de la maladie, comme chez le malade de l'observation I, sont utilement combattus par les alcalins, notamment la craie préparée et le bicarbonate de soude. Ce dernier médicament que nous avons employé nous a donné d'excellents résultats.

Le bromure de potassium et le chloral sont d'une utilité incontestable dans les formes graves de la maladie où il s'agit de combattre l'insomnie et l'agitation. Mais il ne faut pas oublier que l'effet de ces médicaments est bien vite épuisé. Il faudra donc en user avec modération et prudence dans une maladie dont la durée est relativement longue.

D'après Krishaber, les antispasmodiques seraient supérieurs aux hypnagogues, et lui auraient donné seuls de véritables résultats. La valériane se distingue particulièrement dans ce groupe, à côté de l'assa-fœtida, du musc, de l'ambre et du chloroforme, dont il est inutile de rappeler le danger. Mais les deux points essentiels du traitement sont l'hydrothérapie et la cure d'altitude.

De quelle façon pratiquerons-nous l'hydrothérapie. L'excitation étant le symptôme prépondérant du début, il nous semble que les bains froids sont contre-indiqués à cette période de la maladie. C'est aussi l'avis de Krishaber qui les réserve pour une période plus avancée où il vaut mieux tonifier que

calmer. Les bains tièdes quotidiens et prolongés amèneront une sédation manifeste des symptômes. Un des malades de Krishaber s'était si bien trouvé de cette pratique qu'il prolongea successivement son séjour dans l'eau et finit par y rester quinze à dix-huit heures par jour sans en sortir, et cela à plusieurs reprises pendant quelques semaines de suite. Deux bains quotidiens, d'une durée de deux heures au maximum chacun, sont amplement suffisants.

Et enfin, pour terminer, comment justifierons-nous la cure d'altitude. La cause première de la maladie étant une anémie localisée provoquée par une contracture permanente des petits vaisseaux, il paraît très admissible que les altitudes considérables puissent agir favorablement sur la circulation capillaire par le fait de la diminution de la pression atmosphérique et de la dilatation que celle-ci tend à produire sur les vaisseaux rétrécis. Krishaber vante à cet effet un grand nombre de stations thermales, comme Saint-Moritz-les-Bains, dans les Grisons, Samaden, Pontresina, dans la Haute-Engadine, Zermatt, dans le Valais, Saint-Martin et Bormio, dans la Valteline, stations variant toutes entre 1.400 et 1.800 mètres d'altitude. Il va sans dire que cette prescription serait superflue dans le cas du malade que nous avons observé à l'Hôpital Général ; mais, comme la névrose cérébro-cardiaque frappe le plus souvent des sujets appartenant à une catégorie sociale plus élevée, il ne sera pas difficile au médecin de la faire mettre à exécution.

CONCLUSIONS

La maladie de Krishaber est un syndrome développé sous l'influence des boissons excitantes, thé, café, tabac, des passions dépressives, et du surmenage central agissant sur un système nerveux prédisposé.

Ce syndrome doit prendre place dans le cadre de la neurasthénie.

La pathogénie de cette affection semble relever d'une excitation du système nerveux vaso-moteur entraînant une diminution de calibre des artérioles terminales. L'anémie qui en résulte détermine à son tour de l'excitation, et ainsi se trouve constitué un cercle vicieux.

On évitera de confondre, par un examen attentif des malades, la névropathie cérébro-cardiaque avec ces névroses locales que nous avons déjà signalées.

La suppression des agents incriminés, tels que le thé, le café, le tabac, l'isolement du malade que l'on arrachera à un surmenage, l'hydrothérapie, bains chauds au début, douches froides au moment de l'amélioration, la cure d'altitude et certains palliatifs médicamenteux, comme la valériane et le bromure, auront facilement raison de tous ces troubles.

Malgré la bénignité du pronostic *quoad vitam*, il ne faut pas oublier que le malade reste toujours sous le coup d'une susceptibilité particulière, qui peut favoriser l'éclosion d'accidents de mille natures dans le domaine du système nerveux.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AXENFELD et HUCHARD. — Traité des névroses.
BERNHEIM. — Revue de l'hypnotisme.
BOUVERET. — La neurasthénie.
CORNAUD. — Thèse de Paris, 1873.
CHARCOT. — Leçons cliniques de la Salpêtrière, 1888-89.
GILBERT-BALLET. — Semaine médicale, 1893.
GILLES DE LA TOURETTE. — Les états neurasthéniques.
GOUBAUD. — Thèse de Bordeaux, 1896.
GRASSET et RAUZIER. — Traité pratique des maladies du système nerveux, 1894.
KRISHABER. — De la névropathie cérébro-cardiaque, 1873.
LEVILLAIN. — La neurasthénie.
JANET (Paul). — État mental des hystériques.
WEILL. — Neurasthénies locales (Thèse de Nancy, 1896).

Vu et approuvé :
Montpellier, le 17 avril 1903.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 17 avril 1903.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et le jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !